

Solicitud para la cobertura de salud y para ayuda en pagar los costos

PARA SU INFORMACIÓN



Use esta solicitud para saber cuáles opciones le puedan corresponder

- Planes privados y asequibles para la salud, que brindan una cobertura íntegra para ayudarle a mantenerse sano
- Un nuevo crédito impositivo que en seguida puede ayudarle a pagar las primas de su cobertura de salud
- Un seguro gratuito o de bajo costo de **PeachCare for Kids®**. **Puede que usted reúna los requisitos para un programa gratuito o de bajo costo aun cuando sus ingresos asciendan a \$94,000.00 anuales (para una familia de cuatro personas).**



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use este formulario para solicitar el seguro para cualquiera de su familia.
- Solicítela aun cuando ya tenga cobertura usted o su hijo. Puede que reúna los requisitos necesarios para la cobertura gratuita o de un costo más bajo.
- Si usted es soltero o soltera, posiblemente puede usar el formulario corto. Consulte el sitio web, HealthCare.gov.
- Aquellas familias con inmigrantes pueden presentar una solicitud. Aunque usted mismo no reúna los requisitos para la cobertura, se la puede solicitar para su hijo. No le afectará su situación de inmigrante si presenta la solicitud, ni tampoco le afectará la posibilidad de que se haga residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le ayuda a llenar esta solicitud, puede que también tenga que llenar el Anexo C.



Haga más rápido la solicitud en línea

Su solicitud se hace más rápido en línea, en Compass.ga.gov.



Posiblemente necesita lo siguiente para hacer la solicitud

- Números de Seguro Social (o números de documentos para todos los inmigrantes de ley que necesitan el seguro)
- Información referente al empleador e ingresos para todos los integrantes de su familia (por ejemplo, los talonarios de nómina, los formularios W-2 o los documentos referentes a los impuestos o los salarios)
- Números de la póliza de cualquier seguro de salud que tiene en la actualidad
- Información de todo seguro de salud relacionado con el trabajo y disponible para su familia



¿Por qué pedimos esta información?

Le hacemos preguntas sobre los ingresos y otra información para hacerle saber cuál de las coberturas le pudiera corresponder y también para ver si usted puede conseguir algo de ayuda a pagarla. **Mantendremos privada y segura toda la información proporcionada por usted, en la forma exigida por la ley.**



¿Y después?

Envíe a la dirección indicada en la página 8 su solicitud llenada y firmada.

Si no tiene toda la información que pedimos, firme y presente de todas formas su solicitud. Nos pondremos en contacto con usted en una a dos semanas, y recibirá usted las instrucciones de los siguientes pasos a seguir para llenar su solicitud para la cobertura del seguro de salud. Si no nos ponemos en contacto con usted, vaya al sitio web Compass.ga.gov, o llame al 1-877-423-4746. El llenar esta solicitud no le obliga a comprar la cobertura del seguro de salud.



Para ayuda con esta solicitud

- **En línea:** Compass.ga.gov
- **Teléfono:** Llame a nuestro Centro de Ayuda al Cliente al **1-877-423-4746**.
- **En persona:** Posiblemente le pueden ayudar unos consejeros en su zona. Para más información, visite nuestro sitio web o llame al **1-877-423-4746**.
- **En español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-877-423-4746**.

PASO 1 Háblenos de usted mismo.

(Necesitamos que un adulto de la familia sea la persona de contacto para su solicitud.)

1. Nombres y apellidos y título

2. Dirección (Deje el espacio en blanco si no tiene ninguna.)

3. N° de apartamento o habitación

4. Ciudad

5. Estado

6. Código postal

7. Condado

8. Dirección postal (si no es la del domicilio)

9. N° de apartamento o habitación

10. Ciudad

11. Estado

12. Código postal

13. Condado

14. Número de teléfono

() -

15. Otro número de teléfono

() -

16. ¿Quiere recibir por correo electrónico la información referente a esta solicitud? Sí No

Dirección electrónica: _____

17. Si el inglés no es su idioma de preferencia, ¿cuál es el idioma que prefiere usar para hablar o escribir?

PASO 2 Háblenos de su familia.

¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Háblenos de los familiares con quienes convive usted. Si usted hace la declaración de renta para los impuestos, necesitamos saber de todas las personas incluidas en su declaración. (Usted no necesita presentar los impuestos para conseguir la cobertura del seguro de salud).

Incluya a:

- Usted mismo o misma
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años que viven con usted
- Su pareja con quien no está casado y quien necesita la cobertura del seguro de salud
- Cualquier persona que usted incluye en su declaración de renta de los impuestos, aunque no convivan con usted
- Cualquier otra persona menor de 21 años de edad y que usted atiende y que vive con usted

NO tiene que incluir a:

- Su pareja con quien no está casado y que no necesita la cobertura del seguro de salud
- Los hijos de su pareja con quien no está casado
- Sus padres que viven con usted, pero que presentan su propia declaración de renta de los impuestos (si usted tiene más de 21 años)
- Otros parientes o familiares adultos que presentan sus propias declaraciones de renta para los impuestos

La suma de la ayuda o el tipo de programa para que reúna usted los requisitos depende del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a garantizar que todos consiguen la mejor cobertura posible.

Llene el Paso 2 para cada persona en su familia. Comience consigo mismo y después vaya agregando a los otros adultos e hijos. Si hay más de dos (2) personas en su familia, tendrá que hacer una copia de las hojas y adjuntarlas. Usted no tiene que dar la información sobre la situación inmigratoria o el número de Seguro Social (n° SSN) para aquellos familiares que no necesitan la cobertura del seguro de salud. Nosotros guardamos de forma privada y segura toda la información que usted proporciona, en la manera que exija la ley. Únicamente usaremos la información personal para confirmar que usted reúne los requisitos para la cobertura del seguro de salud.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Vaya al sitio web Compass.ga.gov, o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**, y si necesita ayuda en algún otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** para infórmele al representante de Atención al Cliente del idioma que necesita, pues le conseguiremos la ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deberían llamar al **1-800-255-0135**.

PASO 2: PERSONA n° 1 (Comience con usted)

Llene el Paso 2 con información referente a usted mismo, su cónyuge/pareja e hijos con quienes convive usted y cualquier otra persona que incluye en su declaración de renta federal si es que presenta una. Véase la página 1 para más información acerca de a quién incluir. Si no presenta usted ninguna declaración de renta, acuérdesese de agregar a los familiares con quienes convive usted.

1. Nombres y apellidos y título	2. ¿Parentesco con usted? YO
3. Fecha de nacimiento (mes/día/año)	4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

5. N° de seguro social - - _____

Necesitamos esta información si usted quiere tener la cobertura del seguro de salud y si tiene usted un número de Seguro Social (N° SNN). También le puede ser útil el dar su número de Seguro Social si no quiere la cobertura del seguro de salud, puesto que puede agilizar los trámites de la solicitud. Usamos los números SSN para verificar los ingresos y otra información para así ver quién reúne los requisitos necesarios para la ayuda con los costos de la cobertura del seguro de salud. Si alguien necesita ayuda en conseguir un n° SSN, llame al 1-800-772-1213 ó vaya al sitio web socialsecurity.gov. Los usuarios TTY deberían llamar al teléfono 1-800-255-0135.

6. ¿Tiene usted planes de presentar una declaración de renta federal para los ingresos el AÑO QUE VIENE?

(Todavía puede solicitar el seguro de salud aunque no presenta ninguna declaración de renta para los impuestos federales.)

SÍ. Si la respuesta es 'sí', conteste las Preguntas a–c. **NO. Si la respuesta es 'no'**, vaya a la Pregunta c.

a. ¿Hará en conjunto con su cónyuge su declaración? Sí No

Si la respuesta es 'sí', nombres y apellidos del cónyuge: _____

b. ¿Reclamará a algunos dependientes en su declaración de renta? Sí No

Si la respuesta es 'sí', ponga los nombres y apellidos de esos dependientes: _____

c. ¿Se le reclamará a usted como dependiente en una declaración? Sí No

Si la respuesta es 'sí', indique los nombres y apellidos del declarante de impuestos: _____

¿Cuál es el parentesco de usted con el declarante de impuestos? _____

7. ¿Está embarazada? Sí No a. **Si la respuesta es 'sí'**, ¿cuántos bebés se esperan con este embarazo? _____

8. ¿Necesita usted cobertura del seguro de salud?

(Aun cuando tiene usted seguro de salud, puede que haya un programa mejor o de costos más bajos.)

Sí. Si la respuesta es 'sí', responda a todas las preguntas a continuación.



No. Si la respuesta es 'no', VAYA a las preguntas referentes a los ingresos en la página n° 3. Deje en blanco el resto de esta página.



9. ¿Tiene usted una condición física, mental o emocional que le limita con las actividades como bañarse, vestirse, los quehaceres diarios, etc., o vive en un establecimiento médico o casa de convalecencia? Sí No

10. ¿Es usted ciudadano o natural de EE.UU.? Sí No

11. Si usted no es ciudadano o natural de EE.UU., es elegible su situación inmigratoria?

Sí. Indique a continuación el tipo de documento que tiene y su n° de identidad.

a. Tipo de documento inmigratorio _____

b. N° del documento de Identidad _____

c. ¿Vive en los EE.UU. desde el año 1996? Sí No

d. ¿Es veterano o militar activo de las fuerzas militares de EE.UU. usted, su cónyuge o uno de sus padres? Sí No

12. ¿Quiere ayuda para pagar las cuentas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

13. ¿Vive usted con, por lo menos, un niño menor de 19 años y es usted la persona principal que le atiende a este niño? Sí No

14. ¿Estudia a tiempo completo? Sí No

15. A los 18 años o más, ¿vivía en un hogar de acogida? Sí No

16. Si usted es hispano/latino, grupo étnico (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)

Mexicano Mexicanoamericano Chicano Puertorriqueño Cubano Otro _____

17. Raza (OPCIONAL—marque todos lo que correspondan.)

Blanco

Indígena estadounidense

Filipino

Vietnamita

De Guam o chamorros

Negro o afroamericano

o de Alaska

Japonés

Otro asiático

De Samoa

De la India

Coreano

Indígena de Hawái

De otra isla del Pacífico

Chino

Otro _____



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Vaya al sitio web Compass.ga.gov, o llámenos al 1-877-423-4746. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-877-423-4746, y si necesita ayuda en algún otro idioma que no sea el inglés, llame al 1-877-423-4746 para infórmele al representante de Atención al Cliente del idioma que necesita, pues le conseguiremos la ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deberían llamar al 1-800-255-0135.

PASO 2: PERSONA n° 1 (Continúe con la información referente a usted)

Información sobre el trabajo y los ingresos actuales

Empleado

Si tiene usted empleo ahora, infórmenos sobre sus ingresos. Empiece con la Pregunta n° 18.

Sin empleo

Vaya a la Pregunta n° 28.

Trabajo por cuenta propia

Vaya a la Pregunta n° 27.

ACTUAL TRABAJO n°1:

18. Nombre y dirección del empleador	19. N° telefónico del empleador () -
20. Sueldo/propinas \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual (ANTES DE IMPUESTOS)	
21. Promedio de horas trabajadas a la SEMANA	

ACTUAL TRABAJO n° 2: (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.)

22. Nombre y dirección del empleador	23. N° telefónico del empleador () -
24. Sueldo/propinas \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual (ANTES DE IMPUESTOS)	
25. Promedio de horas trabajadas a la SEMANA	

26. El año pasado, ¿cambio de trabajo? ¿dejó de trabajar? ¿empezó a trabajar menos horas? ¿más horas? Ninguno

27. Si trabaja por su cuenta, conteste las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuántos ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos de su negocio) recibirá usted de trabajar por su cuenta este mes?

\$ _____

28. OTROS INGRESOS: Marque todo lo que corresponda e indique la suma y la frecuencia con que los recibe.

NOTA: No tiene que informarnos de la manutención de niños, del pago de veterano, ni de los Ingresos Suplementarios de Seguridad (Ingresos SSI).

<input type="checkbox"/> Ningunos		<input type="checkbox"/> Netos, agricultura/pesca	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Netos, alquiler/regalías	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	Otros ingresos	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	Tipo: _____	
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación	\$ _____ ¿Frecuencia? _____		
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	\$ _____ ¿Frecuencia? _____		

29. DESCUENTOS IMPOSITIVOS: Marque todos los que correspondan e indique la suma y frecuencia con que los paga.

Si usted paga ciertas cosas que pueden descontarse en la declaración de renta de los impuestos federal, el informarnos de ellas podría hacer que sea un poco más bajo el costo de la cobertura del seguro de salud.

NOTA: No debería incluir un costo que ya consideró usted en su respuesta referente a los ingresos netos del trabajo por cuenta propia (Pregunta n° 27b).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otros descuentos	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Intereses de préstamos estudiant.	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	Tipo: _____	

30. INGRESOS ANUALES: Llene únicamente si sus ingresos cambian de mes a mes.

Si no espera que cambien ningunos de sus ingresos mensuales, vaya a las preguntas sobre la persona siguiente.



El total de sus ingresos este año \$	El total de sus ingresos el año que viene (si cree que serán diferentes) \$
---	--

¡GRACIAS! Es toda la información que necesitamos saber de usted.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Vaya al sitio web Compass.ga.gov, o llámenos al 1-877-423-4746. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-877-423-4746, y si necesita ayuda en algún otro idioma que no sea el inglés, llame al 1-877-423-4746 para infórmele al representante de Atención al Cliente del idioma que necesita, pues le conseguiremos la ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deberían llamar al 1-800-255-0135.

PASO 2: PERSONA n° 2

Llene el Paso 2 para usted mismo, su cónyuge/pareja e hijos con quienes convive usted y cualquier otra persona en su declaración de renta federal si es que presenta una. Vea la página 1 para más información acerca de quién incluir. Si no presenta usted ninguna declaración de renta, acuérdesse de agregar a los familiares con quienes convive usted.

1. Nombres y apellidos y título _____	2. ¿Parentesco con usted? _____
3. Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____	4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
5. Número de Seguro Social (N° SSN) - - _____ Necesitamos saber esta información si usted quiere la cobertura del seguro de salud y si usted tiene n° SSN.	
6. ¿Vive la PERSONA n° 2 en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es 'no', indique la dirección de la PERSONA n° 2: _____	
7. ¿Tiene planes la PERSONA n° 2 de presentar una declaración de renta federal el AÑO QUE VIENE? (Todavía puede solicitar el seguro de salud aun cuando no presenta la declaración de renta federal.) <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es 'sí', conteste las Preguntas a–c. <input type="checkbox"/> NO. Si la respuesta es 'no', vaya a la Pregunta c. a. ¿Hará una declaración conjunta con su cónyuge la PERSONA n° 2? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es 'sí', indique los nombres y apellidos del cónyuge: _____ b. ¿Reclamará a unos dependientes en su declaración la PERSONA n° 2? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es 'sí', indique los nombres y apellidos de los dependientes: _____ c. ¿Se le reclamará como dependiente a la PERSONA n° 2 en la declaración de otro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es 'sí', indique los nombres y apellidos del declarante de impuestos: _____ ¿Cuál es el parentesco entre la PERSONA n° 2 y el declarante de impuestos? _____	
8. ¿Está embarazada la PERSONA n° 2? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. Si la respuesta es 'sí', ¿cuántos bebés se esperan con este embarazo? _____	
9. ¿Necesita la PERSONA n° 2 la cobertura del seguro de salud? (Aun cuando tengan seguro, puede que haya un programa con una mejor cobertura mejor de unos costos más bajos.) <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es 'sí', conteste todas las preguntas a continuación. <input type="checkbox"/> NO. Si la respuesta es 'no', VAYA a las preguntas referentes a los ingresos en la página n° 5. Deje en blanco el resto de esta página.	
10. ¿Padece la PERSONA n° 2 de una condición física, mental o emocional que le limita con sus actividades como bañarse, vestirse, los quehaceres diarios, etc., o vive en un establecimiento médico o casa de convalecencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11. ¿Es ciudadano o natural de EE.UU. la PERSONA n° 2? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. Si la PERSONA n° 2 no es ciudadano o natural de EE.UU., ¿es elegible su situación inmigratoria? <input type="checkbox"/> Sí. Indique a continuación el tipo de documento que tiene y su n° de identificación. a. Tipo de documento _____ b. N° de identificación del documento _____ c. ¿Vive en los EE.UU. desde el 1996 la PERSONA n° 2? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. ¿Es veterano o miembro activo de las fuerzas militares la PERSONA n° 2, su cónyuge o uno de sus padres? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
13. ¿Quiere ayuda la PERSONA n° 2 con pagar las cuentas médicas de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	14. ¿Vive la PERSONA n° 2 con, por lo menos, un niño menor de los 19 años y es la persona principal que le atiende a ese joven? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. ¿Vivía la PERSONA n° 2 en una casa de acogida a los 18 años de edad o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si tiene menos de 19 años la PERSONA n° 2, conteste las siguientes preguntas.	
16. ¿Tenía la PERSONA n° 2 un seguro de salud y lo perdió en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. Si la respuesta es 'sí', última fecha: _____ b. Razón por la que se puso fin al seguro: _____	
17. ¿Estudia a tiempo completo la PERSONA n° 2? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
18. Si es hispano/latino, grupo étnico (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.) <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicoamericano <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro _____	
19. Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> De Guam o Chamorro <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> o de Alaska <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> De Samoa <input type="checkbox"/> De la India <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Natural de Hawái <input type="checkbox"/> Otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro	

Ahora, indique en el dorso los datos sobre todos los ingresos de la PERSONA n° 2.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Vaya al sitio web Compass.ga.gov, o llámenos al 1-877-423-4746. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-877-423-4746, y si necesita ayuda en algún otro idioma que no sea el inglés, llame al 1-877-423-4746 para infórmele al representante de Atención al Cliente del idioma que necesita, pues le conseguiremos la ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deberían llamar al 1-800-255-0135.

PASO 2: PERSONA n° 2

Información sobre el trabajo actual y los ingresos

Empleado

Si usted tiene empleo actualmente, infórmenos de sus ingresos. Empiece con la Pregunta n° 20.

Sin empleo

Vaya a la Pregunta n° 30.

Trabaja por cuenta propia

Vaya a la Pregunta n° 29.

ACTUAL TRABAJO n° 1:

20. Nombres y apellidos del empleador y su dirección	21. N° telefónico del empleador () -
22. Sueldo/propinas <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual (ANTES DE IMPUESTOS) \$	
23. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA	

ACTUAL TRABAJO n° 2: (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.)

24. Nombres y apellidos del empleador y su dirección	25. N° telefónico del empleador () -
26. Sueldo/propinas <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual (ANTES DE IMPUESTOS) \$	
27. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA	

28. **El año pasado,** ¿cambio de trabajo? ¿dejó de trabajar? ¿empezó a trabajar menos horas? ¿empezó a trabajar más horas? Ninguno

29. Si trabaja por cuenta propia, conteste las preguntas siguientes:

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuántos ingresos netos (las ganancias después de pagar los gastos del negocio) tendrá usted de su trabajo de cuenta propia este mes?

\$ _____

30. OTROS INGRESOS: Marque todo lo que corresponda e infórmenos de la suma and la frecuencia con que los recibe usted.

NOTA: No necesita informarnos de la manutención de niños, ni de los pagos de veteranos o de los Ingresos Suplementarios de Seguridad (ingresos SSI).

<input type="checkbox"/> Ningunos		<input type="checkbox"/> Netos, agricultura/pesca	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Netos, alquiler/regalías	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	Otros ingresos	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	Tipo: _____	
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación	\$ _____ ¿Frecuencia? _____		
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	\$ _____ ¿Frecuencia? _____		

31. DESCUENTOS IMPOSITIVOS: Marque todo lo que corresponda e infórmenos de la suma y la frecuencia con que lo paga.

Si la PERSONA n° 2 paga ciertas cosas que se pueden descontar de la declaración de renta federal, el informarnos de ellas podría hacer que sea un poco más bajo el costo de la cobertura del seguro de salud.

NOTA: No debería incluir ningún costo que ya ha considerado usted en los ingresos netos de su trabajo propio (Pregunta n° 29b).

<input type="checkbox"/> Pago, pensión alimenticia	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otros descuentos	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Intereses de préstamos estudiant.	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	Tipo: _____	

32. INGRESOS ANUALES: Llene únicamente si cambian de mes a mes los ingresos de la PERSONA n° 2.

Si no se espera ningunos cambios en los ingresos mensuales de la PERSONA n° 2, agregue a otra persona o vaya a la siguiente sección.

Total de ingresos de la PERSONA n° 2 este año \$	Total de ingresos de la PERSONA n° 2 el año que viene (si cree que serán diferentes) \$
--	---

¡GRACIAS! Es toda la información que necesitamos saber acerca de la PERSONA n° 2.
Si tiene que incluir a más de dos personas, haga una copia de las páginas n° 4 y 5, el Paso 2, y llénelas.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Vaya al sitio web Compass.ga.gov, o llámenos al 1-877-423-4746. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-877-423-4746, y si necesita ayuda en algún otro idioma que no sea el inglés, llame al 1-877-423-4746 para infórmele al representante de Atención al Cliente del idioma que necesita, pues le conseguiremos la ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deberían llamar al 1-800-255-0135.

PASO 3

Familiar o familiares de origen indígena estadounidense o de Alaska (AI/AN)

1. ¿Es usted o alguien de su familia indígena estadounidense o de Alaska?

- Si la respuesta es 'no', vaya al Paso n° 4.
 Sí. Si la respuesta es 'sí', vaya al Anexo B.

PASO 4

Cobertura del seguro de salud de su familia

Conteste estas preguntas para cualquier persona que necesita la cobertura del seguro de salud.

1. ¿Actualmente está inscrito alguien en una cobertura de seguro de salud de los seguros indicados a continuación?

- SÍ. Si la respuesta es 'sí'**, indique el tipo de cobertura y, al lado, ponga los nombres y apellidos de la persona o personas. **NO.**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid _____ | <input type="checkbox"/> Seguro del empleador _____ |
| <input type="checkbox"/> PeachCare for Kids® _____ | Nombre del seguro de salud: _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicare _____ TRIC | N° de póliza: _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | ¿Es cobertura de COBRA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Programas de cuidados de salud de la VA _____ | ¿Es un plan de salud para jubilados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Cuerpo de la Paz ("Peace Corps") _____ | <input type="checkbox"/> Otro |
| | Nombre del seguro de salud: _____ |
| | N° de póliza: _____ |
| | ¿Es un plan de beneficio limitado (como una póliza de accidente escolar)? |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

2. ¿Se brinda la cobertura del seguro de salud a alguien en esta solicitud por un trabajo? Marque sí aun cuando la cobertura es del trabajo de otra persona, como uno de los padres o su cónyuge.

- SÍ. Si la respuesta es 'sí'**, usted tendrá que llenar y adjuntar el Anexo A.
 NO. Si la respuesta es 'no', continúe con el Paso 5.

Declaración de divulgación de PRA ("La Ley de Reducción de Papeleo")

Según la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se le exige a nadie responder a una recopilación de datos, a menos que se indique en la misma un número de control OMB válido; el n° de control OMB válido para la recopilación de estos datos es el 0938-1191. Se exige un tiempo aproximado para recopilar los datos, que es [indique un tiempo (horas o minutos)] por respuesta, el cual incluye el tiempo a leer las instrucciones, hacer una búsqueda por los recursos de los datos existentes, recopilar los datos necesarios y llenar y leer la recopilación de datos. Si tiene usted algún comentario referente a la exactitud de este tiempo o tiempos aproximados, o si tiene alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, A la atención de: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C-4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Vaya al sitio web Compass.ga.gov, o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**, y si necesita ayuda en algún otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** para infórmele al representante de Atención al Cliente del idioma que necesita, pues le conseguiremos la ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deberían llamar al **1-800-255-0135**.

PASO 5

Leer y firmar esta solicitud.

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo cual significa que las respuestas que presento a todas las preguntas en este formulario son la verdad a mi mejor saber y entender. Sé que me someto a la posibilidad de sanciones en virtud de la ley federal si presento datos falsos o no verdaderos.
- Sé que tengo la obligación de comunicar todo cambio dentro de los 10 días naturales a partir de la fecha en que ocurriera ese cambio. Para comunicar cualquier cambio, puedo ir a [Compass.ga.gov](https://www.compass.ga.gov), o puedo llamar al **1-877-423-4746**. Entiendo que un cambio de mis datos puede afectar la elegibilidad de los integrantes de mi hogar.
- Sé que no se permite la discriminación bajo la ley federal a causa de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de sexo o discapacidad. Puedo presentar una queja referente a la discriminación si llamo al teléfono de la Sección de Integridad del Programa de la Oficina del Inspector General (OIG) del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia, el 404-463-7590, o al 1-800-533-0686, sin costo alguno.
- Confirmando que no está encarcelado (ni detenido ni recluso) nadie que solicita el seguro de salud por medio de esta solicitud. Si no, _____ está encarcelado.

(nombres y apellidos de la persona)

Necesitamos estos datos para verificar su elegibilidad para la cobertura del seguro de salud, si opta usted por solicitarla. Verificaremos sus respuestas con los datos de nuestras bases de datos electrónicas del Servicio de Rentas Internas (IRS), el Seguro Social, el Departamento de Trabajo (DOL), TALX (número de trabajo), el Departamento de Seguridad de la Patria o una agencia de información del consumidor o de todos estos organismos. Si no coinciden los datos, podemos pedirle que nos envíe un comprobante.

Renovar la cobertura en el futuro

Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para la cobertura del seguro de salud en el futuro, convengo en permitir a las Agencias de Seguro de Salud, la División DFCS, PeachCare for Kids® y el mercado FFM ("Mercado Federalmente Facilitado") para usar los datos referentes a ingresos, los cuales incluirán la información de las declaraciones de renta. Las Agencias de Seguro de Salud, la División DFCS, PeachCare for Kids® y el FFM me enviarán un aviso, me permitirán hacer cualquier cambio, y en cualquier momento puedo optar por no seguir con la cobertura.

Sí, renueva mi elegibilidad automáticamente para los próximos

5 años (el máximo número de años permitido), o para menos años:

4 años 3 años 2 años 1 año No use la información de las declaraciones de renta para renovar mi cobertura.

Si alguien de esta solicitud reúne los requisitos para Medicaid,

- Le doy a la agencia Medicaid nuestro derecho de buscar y obtener cualquier dinero de otros seguros de salud, liquidaciones judiciales o de terceros. También doy el derecho a la agencia Medicaid de buscar y obtener apoyo médico de mi cónyuge o de uno de mis padres.
- ¿Vive fuera del hogar uno de los padres de los niños en esta solicitud? Sí No
- Si la respuesta es 'sí', yo sé que me pedirán cooperar con la agencia que recopila el apoyo médico de ese padre o madre ausente. Si tengo la impresión de que me perjudicará a mí o a mis hijos el cooperar a recopilar el apoyo médico, puedo informarle a Medicaid, y posiblemente no tenga que cooperar.

Mi derecho de presentar un recurso de apelación

Si me da la impresión que han cometido un error las agencias de seguro de salud, la División DFCS, PeachCare for Kids® y el mercado FFM, puedo presentar un recurso de apelación referente a su decisión. El apelar significa que se informa a alguien de las agencias de seguro de salud, la División DFCS, PeachCare for Kids® o el mercado FFM que me da la impresión de que es errónea la acción y pedir una evaluación imparcial de dicha acción. Yo sé que me puedo enterar de los trámites a seguir para el recurso de apelación si me pongo en contacto con la División de Servicios para Familias y Jóvenes (la División DFCS) al teléfono **1-877-423-4746**. Yo sé que alguien que no sea yo me puede representar durante ese proceso, y se me explicará la elegibilidad y otra información importante.

Firmar esta solicitud. La persona que llenó el Paso 1 debería firmar esta solicitud. Usted puede firmar aquí si es representante autorizado, siempre que haya proporcionado la información indicada en el Anexo.

Firma	Fecha (mes/día/año)
-------	---------------------



PASO 6 Envíe por correo la solicitud llenada.

Envíe por correo a la dirección indicada a continuación su solicitud debidamente firmada:

PeachCare for Kids®
P.O. Box 2583
Atlanta, GA 30301-2583

Si desea inscribirse para votar, puede llenar el formulario de inscripción de votar en el sitio web www.sos.ga.gov.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Vaya al sitio web Compass.ga.gov, o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**, y si necesita ayuda en algún otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** para infórmele al representante de Atención al Cliente del idioma que necesita, pues le conseguiremos la ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deberían llamar al **1-800-255-0135**.